

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
PESEL lub nr dokumentu tożsamości

.....
Stosunek przedstawiciela ustawowego
Do małoletniego (np. ojciec, matka)

....., data

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego pacjenta do 18 roku życia

Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego stomatologicznego w obecności opiekuna faktycznego oraz udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego polegającego na:

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Wykonaniu przeglądu | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 2. Odbycia wizyty kontrolnej ortodontycznej | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

W dniu (data usługi medycznej) dla (imię i nazwisko małoletniego pacjenta; data urodzenia lub PESEL)

w obecności opiekuna faktycznego (imię i nazwisko, data urodzenia lub PESEL)

.....

Nr dokumentu tożsamości opiekuna

A także:

3. Na udzielenie ww. opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia pacjenta małoletniego, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

.....
(Miejscowość i data, czytelny podpis
osoby składającej oświadczenie)

.....
(Podpis osoby przyjmującej oświadczenie)